



## Consentimiento de tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, busco voluntariamente atención médica,  
(nombre del paciente)

por la presente, doy mi consentimiento para tratamientos médicos, procedimientos, pruebas de laboratorio y otros servicios de atención médica. Entiendo que tengo derecho a rechazar tratamientos o procedimientos específicos. Sin embargo, al firmar a continuación, acepto, en general, permitir pruebas de laboratorio y de diagnóstico, tratamiento médico de rutina (por ejemplo, medicamentos, inyecciones, extracción de sangre para análisis, asesoramiento, pruebas de detección, educación para la salud y otros procedimientos de diagnóstico), procedimientos de emergencia y realizados a solicitud del proveedor tratante u otros proveedores que asistan en mi atención.

El consentimiento otorgado será válido y vinculante. Los proveedores pueden confiar en esta autorización y aceptar cualquier consentimiento otorgado por el paciente hasta el momento en que el proveedor reciba una notificación por escrito de que la autorización ha sido revocada.

Entiendo que soy totalmente responsable de todos los honorarios adeudados a Medical Partners of Nevada o cualquier proveedor médico asociado (denominado colectivamente la "Clínica") como resultado de los servicios que he recibido y que todos los honorarios vencen y son pagaderos al momento de servicio a menos que la Clínica acepte la asignación de mis beneficios de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro.

Lamentablemente, nuestra profesión está experimentando un aumento notable de personas que muestran comportamientos abusivos hacia los miembros de nuestro equipo. Esto incluye, entre otros, gritos excesivos, uso de blasfemias, amenazas, menosprecio, acoso, exigencias, agresión física o intentos de intimidación. Dicho comportamiento es completamente inaceptable y NO será tolerado. Se le pedirá que se retire y no podremos brindar atención al paciente. Las solicitudes para hablar con el proveedor o el gerente en estas circunstancias tendrán el mismo resultado. Estamos comprometidos a proteger el bienestar mental y físico de los miembros de nuestro equipo.

Las solicitudes de resurtido de medicamentos tomarán hasta 72 horas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Práctica: Medical Partners of Nevada**

**Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  M  F **Estado Civil:**  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a **SS#:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Esposo/a o Pareja Doméstica:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Raza:** \_\_\_\_\_  **prefiero no contestar**  **no sé**

*(blanco/a, indio/a americano/a, asiático, negro/a, hawaiano/a, hispano/a, etc.)*

**Lenguaje Preferido:** \_\_\_\_\_  **prefiero no contestar**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ ¿Es usted el asegurado?  Si  No

**Información del Asegurado**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado:  Esposo/a  Hijo/a  Asegurado  Otro

Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ ¿Es usted él asegurado?  Si  No

**Información del Asegurado**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado:  Esposo/a  Hijo/a  Asegurado  Otro

Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

¿Como supo de esta oficina?  Proveedor  Internet  Libro Telefónico  Familiar  Amistad  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de la visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? 1 2 3 4 5 6 7  días  semanas  meses  años

¿Qué tratamientos ha probado y han sido efectivos? \_\_\_\_\_

En la escala de 1-10 (1 no tiene dolor y 10 tiene mucho dolor) ¿cual es su nivel de dolor? \_\_\_\_/10

Que tipo de dolor tiene:  que quema  constante  sordo  agudo  punzante  fugaz  hormigueo  otro: \_\_\_\_\_

**PORFAVOR LEA Y FIRME:**

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

\_\_\_\_\_(Firma del Paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Médico:**  Alcoholismo  Desórdenes sanguíneos  Problemas circulatorios  
 Enfermedad del hígado  Apnea del sueño  Gota  Alergias  Musculo esquelético

Problemas respiratorios

Sople  Estómago/intestino  Depresión  Ansiedad  Enfermedad del corazón  Asma  
 Coágulos  Colesterol alto  Presión alta  Enfermedad mental  Enfermedad del riñón  
 Neuropatía (especifique) \_\_\_\_\_  Enfermedad de la tiroides (especifique) \_\_\_\_\_  Diabetes (tipo 1, tipo 2)  
 Artritis (especifique) \_\_\_\_\_  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Enfermedades de la piel (especifique) \_\_\_\_\_

¿Está esperando?  Si  No      ¿Está dando de mamar?  Yes  No

### Cirugías

¿Ha tenido alguna vez una cirugía?  Si  No

Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

### Historia Social

¿Fuma?  Sí  No Si es así, ¿cuántos paquetes fuma al día?  1  2  3  4  5 ¿Por cuanto tiempo?

¿Toma alcohol?  Sí, todos los días (5-7 días/semana)  Sí, ocasionalmente/socialmente  No/Rara vez

¿Abuso de drogas?  Sí, tengo un problema con abuso de drogas. Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 Sí En el pasado tuve problema de abuso de drogas. Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 No, nunca he tenido problema de abuso de drogas.

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_ Su posición principal es  parado o  sentado

¿Hace ejercicios regularmente?  Sí, hago el siguiente ejercicio: \_\_\_\_\_  
 No, hago ejercicios regularmente

### Historial Familiar

Hay historial en la familia de: (Por favor indique el miembro de la familia)

<input type="checkbox"/> Alzheimer	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Hemorragias	_____	<input type="checkbox"/> Enfisema	_____
<input type="checkbox"/> Coágulos	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Presión alta	_____
<input type="checkbox"/> Cataratas	_____	<input type="checkbox"/> Neurológico	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación	_____	<input type="checkbox"/> Embolia	_____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	_____		

### Revisión de Sistemas (Por favor marque la caja si actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas)

<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> dolor de pierna cuando camina	<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> dolor de pecho/presión	<input type="checkbox"/> hinchazón de pierna	<input type="checkbox"/> manos/pies fríos
	<input type="checkbox"/> desmayo	<input type="checkbox"/> palpitaciones	<input type="checkbox"/> enfermedad vascular	<input type="checkbox"/> problema de válvulas	
<b>Genitourinario</b>	<input type="checkbox"/> sangre en la orina	<input type="checkbox"/> dificultad de orinar	<input type="checkbox"/> incontinencia	<input type="checkbox"/> incremento en la urgencia	
	<input type="checkbox"/> menos frecuencia	<input type="checkbox"/> orinar excesivo	<input type="checkbox"/> enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/> cálculo renal/piedras en el riñón	
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> dolor abdominal	<input type="checkbox"/> reflujo	<input type="checkbox"/> sangre en las heces	<input type="checkbox"/> vómitos	<input type="checkbox"/> úlceras
	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> dificultad de tragar	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> incremento de apetito	<input type="checkbox"/> disminución de apetito
<b>Integumentario</b>	<input type="checkbox"/> pie de atleta	<input type="checkbox"/> problemas de uña	<input type="checkbox"/> keloides	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> piel seca, escamosa
<b>Hematológico</b>	<input type="checkbox"/> úlceras de pierna inferior	<input type="checkbox"/> anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> anticoagulantes	<input type="checkbox"/> problemas de coagulación
<b>Neurológico</b>	<input type="checkbox"/> hormigueo	<input type="checkbox"/> debilidad	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza
	<input type="checkbox"/> temblores	<input type="checkbox"/> parálisis			
<b>Musculoskeletal</b>	<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> hinchazón de articulaciones		<input type="checkbox"/> debilidad de músculos	
	<input type="checkbox"/> dolor de músculos	<input type="checkbox"/> dolor de cuello	<input type="checkbox"/> sciática	<input type="checkbox"/> rigidez articular	<input type="checkbox"/> dolor de articulación
	<input type="checkbox"/> inestabilidad de articulación		<input type="checkbox"/> artritis		
<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> silbido	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> roncar
	<input type="checkbox"/> dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> enfisema			

### POR FAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

# Práctica: Medical Partners of Nevada

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Preferencias de información sobre la privacidad

¿Se puede dejar un mensaje de voz en el contestador automático?  Si  No

¿Permitirá recordatorios por Internet, como el correo electrónico?  Si  No

¿Con quién podemos dejar mensajes?  Esposa  Esposo  Hija  Hijo

Otro: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales**  Ninguno

Tomo estos medicamentos recetados o de venta libre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Use la parte de atrás de este documento si necesita espacio

## Alergias

## Reacciones

Ninguna alergia

Penicilina \_\_\_\_\_

Mariscos \_\_\_\_\_

Sulfa \_\_\_\_\_

Cinta \_\_\_\_\_

Latex \_\_\_\_\_

Betadine (*iodo*) \_\_\_\_\_

Aspirina \_\_\_\_\_

Tylenol™ \_\_\_\_\_

Ibuprofen \_\_\_\_\_

Codeína \_\_\_\_\_

Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

### POR FAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

## Medical Release Form

### Authorization for the Release of Protected Health Information (PHI)

Patient Name (Last, First, Middle): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Contact Phone Number(s): \_\_\_\_\_

**I hereby authorize the following entity to release all medical records (including alcohol/drug treatment, mental health information, and/or HIV related information) to:**

**MEDICAL PARTNERS OF NEVADA  
4020 E Russell Rd, LV NV 89120  
ATT: ADMINISTRATION  
TEL:(702)780-1313 FAX (702)476-9073**

Entity Possessing the PHI: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number(s): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**I understand that:**

- I may refuse to sign this authorization and it is strictly voluntary.
- My treatment, payment, enrollment of eligibility of benefits may not be conditioned on signing this authorization.
- I may revoke this authorization at any time in writing to the provider authorized to release the PHI, but if I do, it will not have any effect on any actions taken prior to receiving the revocation.
- If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by Federal Privacy Regulations and may be disclosed.
- I have the right to receive a COPY of this form after I sign it.
- I will receive a photocopy only of my medical record and that the original will remain with Medical Partners of Nevada.

Signature of Patient or Patient's Representative (if applicable): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient and Description of Authority to Act: \_\_\_\_\_

### **Autorización para divulgar Información Protegida de Salud (PHI siglas en inglés)**

**Por la presente autorizo la siguiente entidad a divulgar todos los registros médicos (incluido el tratamiento de alcohol/drogas, información de salud mental y/o información relacionada con el VIH)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(apellido, primer nombre, segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto(s): \_\_\_\_\_

Entidad que posee la PHI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Entiendo que:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización y es estrictamente voluntaria.
- La firma de esta autorización no puede condicionar mi tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor autorizado a divulgar la PHI, pero si lo hago, no tendré ningún efecto sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación.
- Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médico, es posible que la información divulgada deje de estar protegida por las normas federales de privacidad y pueda ser divulgada.
- Tengo derecho a recibir una COPIA de este formulario después de firmarlo.
- Recibiré sólo una fotocopia de mi expediente médico y que el original permanecerá en Medical Partners of Nevada.

Firma del paciente o su representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente y descripción de la autoridad para actuar: \_\_\_\_\_

# Designación de representante personal

Como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA" siglas en inglés), usted tiene derecho a nominar a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la protección de la información médica que le pertenece. Al completar este formulario, nos informa de su deseo de designar a las personas mencionadas como su "representante personal". Puede revocar esta designación en cualquier momento firmando y fechando la sección de revocación de su copia de este formulario y devolviéndola a esta oficina.

## SECCIÓN DE DESIGNACIÓN:

Yo, \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ por la presente designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes personales con respecto a las decisiones que involucren el uso y/o divulgación de información médica que me pertenece.

**Nombre de representante personal(s)/número de teléfono**

**Relación con el paciente**

---

---

---

---

---

---

La Autoridad de esta persona cuando se desempeña como mi "representante personal" está restringida a las siguientes funciones:

- A esta persona se le otorgarán todos los privilegios que se me otorgarían con respecto a mi información médica.
- Esta persona está restringida a la siguiente información sobre mi atención médica:

\_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento firmando la sección de revocación de mi copia de este formulario y devolviéndola a:

**MEDICAL PARTNERS OF NEVADA  
4020 E RUSSELL RD  
LAS VEGAS NEVADA 89120  
ATT: ADMINISTRATION**

Además, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar o divulgar mi información médica ya hayan actuado basándose en esta designación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## SECCIÓN DE REVOCACIÓN:

Por el presente revoco la designación de \_\_\_\_\_ como mi representante personal.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **POLIZA Y ACUERDO SI NO SE PRESENTA**

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que, si debe cancelar su cita, proporcione un aviso con más de 24 horas de anticipación. Los pacientes que no se presenten ni proporcionen un aviso con más de 24 horas de anticipación se consideran “NO SE PRESENTA”. Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser rechazados por la clínica. SE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$ 50.00 PARA TODAS LAS CITA CON “NO SE PRESENTA”.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO Y ACEPTO LA TARIFA DE LA POLIZA SI NO ME PRESENTO.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma